

Научная статья

УДК 613.62:818—036.82-057

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.016

Оценка доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний

Виктория Евгеньевна Бедарева¹, Жанна Леонидовна Варакина^{2✉},
Ольга Александровна Харькова³

¹Отделение фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, г. Архангельск, Российская Федерация;

^{2,3}ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, Российская Федерация

¹viktoriya-bedareva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8118-2675>

²ravenzh@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8141-4269>

³harkovaolga@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3130-2920>

Аннотация. В 2021—2022 гг. проводилось социологическое исследование среди пострадавших на производстве, имеющих инвалидность вследствие производственной травмы или профессионального заболевания. Общее количество респондентов составило 544 человек. Целью данного исследования явилось изучение доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов по данной группе причин, проживающих на территории Архангельской области. Исследование показало, что 15,3% инвалидов полностью были не удовлетворены разработанной программой реабилитации, 58,8% —удовлетворены только частично, 8,1% —обжаловали решение бюро медико-социальной экспертизы. Причинами неудовлетворенности программой реабилитации являются: не соответствие потребностям рекомендованных лекарственных средств, протезно-ортопедических изделий и технических средств реабилитации, изделий медицинского назначения.

Ключевые слова: инвалидность, профессиональное заболевание, производственная травма, медико-социальная реабилитация.

Для цитирования: Бедарева В. Е., Варакина Ж. Л., Харькова О. А. Оценка доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 99—102. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.016.

Original article

Accessibility and quality assessment of medical and social rehabilitation of disabled people due to occupational injuries and diseases

Viktoriya E. Bedareva¹, Zhanna L. Varakina^{2✉}, Ol'ga A. Khar'kova³

¹Department of the Pension and Social Insurance Fund of the Russian Federation for the Arkhangelsk Region and the Nenets Autonomous Okrug, Arkhangelsk, Russian Federation;

^{2,3}Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

¹viktoriya-bedareva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8118-2675>

²ravenzh@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8141-4269>

³harkovaolga@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3130-2920>

Annotation. In 2021—2022, a sociological study was conducted among victims at work who have disabilities due to occupational injury or disease. The total number of respondents was 544. The purpose of this study was to study the availability and quality of medical and social rehabilitation of disabled people for this group of reasons living in the Arkhangelsk region. The study showed that 15,3% of disabled people are completely dissatisfied with the developed rehabilitation program, 58,8% are only partially satisfied, 8,1% appealed the decision of the bureau of medical and social expertise. The reasons for dissatisfaction with the rehabilitation program are: non-compliance with the needs of recommended medicines, prosthetic and orthopedic products and technical means of rehabilitation, medical devices.

Key words: disability, occupational disease, occupational injury, medical and social rehabilitation.

For citation: Bedareva V. E., Varakina Z. L., Kharkova O. A. Accessibility and quality assessment of medical and social rehabilitation of disabled people due to occupational injuries and diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):99–102. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.016.

Введение

Важными шагами в вопросе медико-социальной реабилитации инвалидов явилась ратификация в

РФ Конвенции ООН о правах инвалидов (2012), а также Концепции развития в РФ системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в

том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (Концепция)^{1,2}. В Концепции подчеркивается важность «персонифицированного сочетания оптимально подходящих услуг для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, по основным направлениям реабилитации и абилитации (медицинской, социальной... социокультурной, психолого-педагогической, профессиональной, физической ...), предоставляемых ... в целях полной реализации их реабилитационного потенциала, максимально возможного восстановления или компенсации имеющихся стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, подготовки и достижения социальной адаптации и интеграции, максимальной инклюзии, самостоятельности и независимости, а также повышения качества жизни»².

Медико-социальная реабилитация должна основываться на комплексном подходе реабилитационных методик, а также намеждисциплинарном взаимодействии и индивидуальном подходе к каждому инвалиду, соблюдении принципов персонификации программ реабилитации [1]. Одним из основных критериев оценки региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является удовлетворенность инвалидов реабилитационными услугами [2].

Целью данного исследования явилось изучение доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний, проживающих на территории Архангельской области.

Материалы и методы

В 2021—2022 гг. проводилось социологическое исследование среди пострадавших на производстве, имеющих инвалидность вследствие травмы на производстве или профессионального заболевания. Все участники исследования проживали на территории Архангельской области. Общее количество респондентов составило 544 человек.

Под медико-социальной реабилитацией понимается комплекс мер, направленных на восстановление способностей или компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, осуществляемых по индивидуальной программе реабилитации³. В рамках доступности и качества медико-социальной реабилитации в исследовании изучались вопросы установления группы инвалидности вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний, включая оформление документов для направления в бюро медико-социальной эксперти-

зы (МСЭ); удовлетворенности разработанной программой реабилитации, а также в целом решениями бюро МСЭ и нуждаемость в направлениях медико-социальной реабилитации.

Для сравнения двух групп (инвалиды вследствие травмы на производстве и профессионального заболевания) был использован критерий Манна-Уитни. Для поиска взаимосвязи между двумя качественными признаками применялся Хи-квадрат Пирсона (данные представлены в виде абсолютного числа и экстенсивного показателя). Статистический анализ проводился с использованием программы STATA version 17.

Результаты

Наибольший удельный вес составили инвалиды вследствие профессиональных заболеваний — 63,8% (n=347). Средний возраст респондентов — 68,0 (62,0; 75,0) лет. Большинство респондентов — лица мужского пола (78,7%, n=428). Распределение по уровню образования: неполное среднее общее — 2,0% (n=11), среднее общее — 24,5% (n=133), неполное среднее профессиональное — 11,0% (n=60), среднее профессиональное — 56,4% (n=307), неполное высшее — 0,2% (n=1), высшее — 5,9% (n=32). Городских жителей большинство — 67,1% (n=365). Среди респондентов преобладала третья группа инвалидности: 1 группа — 18,2% (n=99), 2 группа — 30,3% (n=165), 3 группа — 51,5% (n=280). Число работающих инвалидов составило 13,5% (n=73). В среднем установление диагноза по профессиональному заболеванию, а также несчастного случая на производстве респонденты отмечают 25,0 (18,0; 30,0) лет назад. При этом отсутствуют различия по этим двум группам: 26,0 (19,0; 30,0) и 25,0 (16,0; 32,5) соответственно (p=0,426).

Информация о причинах травмы и группы инвалидности представлена в таблице 1.

Анализ взаимосвязи группы инвалидности и причины травмы показал, что такие причины как «неосторожность» (p=0,016) и «неудовлетворительный контроль за выполнением работ» (p=0,006) ча-

Таблица 1
Взаимосвязь группы инвалидности и причины травмы (абс., %)

Причины травмы	Группа инвалидности			p-уровень
	1	2	3	
Неудовлетворительное техническое состояние зданий и сооружений; нарушение требований безопасности при работе; неудовлетворительная организация производства работ	45 (45,4)	65 (39,4)	108 (38,6)	0,457
Неосторожность	76 (76,7)	99 (60,0)	176 (62,9)	0,016
Неудовлетворительный контроль за выполнением работ	42 (42,4)	40 (24,2)	79 (28,2)	0,006
Неприменение средств индивидуальной защиты	39 (39,4)	43 (26,1)	95 (33,9)	0,063
Неудовлетворительное состояние здоровья	0	1 (0,61)	3 (1,1)	0,548

Примечание: p рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

¹ Консультант Плюс. Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» Availableat: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/

² Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 г. № 3711-р. Availableat: <https://docs.cntd.ru/document/727686316>

³ 2Консультант плюс. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида. Availableat: <https://www.consultant.ru>

Таблица 2

Взаимосвязь группы инвалидности и сложности при установлении профессионального заболевания или признания травмы производственной (абс., %)

Группа инвалидности	Сложности при установлении профессионального заболевания или признания травмы производственной		р-уровень
	да	нет	
1 группа	10 (10,1)	89 (89,9)	0,037
Другое	82 (18,8)	353 (81,2)	
2 группа	26 (15,8)	138 (84,2)	0,575
Другое	66 (17,8)	304 (82,2)	
3 группа	56 (20,7)	215 (79,3)	0,033
Другое	36 (13,7)	227 (86,3)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

ще встречались при 1 группе инвалидности (табл. 1).

Нами были выявлены определенные сложности, с которыми люди с разной группой инвалидности столкнулись при установлении профессионального заболевания или признания травмы производственной (табл. 2).

В целом с трудностями при установлении диагноза профессионального заболевания или признания травмы производственной столкнулось 17,2% (n=92) участника исследования. При 1 группе инвалидности в наибольшем удельном весе не возникало никаких проблем при установлении диагноза профессионального заболевания или признания травмы производственной (p=0,037); у каждого пятого сложности возникали у лиц с 3 группой инвалидности по сравнению с другими (p=0,033) (табл. 2).

Большинство респондентов (86,0%) после установления группы инвалидности приняли решение не трудоустраиваться. Однако при первой группе инвалидности статистически чаще (12,3%) пытались искать работу, а при третьей — статистически реже (1,2%) (p < 0,001).

При оформлении документов в медицинской организации для направления в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) у 64,3% имелись трудности с записью к специалистам, у 39,7% заполнение заключения врачебной комиссии было формальным без учета фактических потребностей в необходимых объемах и формах реабилитации, у 27,8% встречались ошибки в оформленных документах. С трудностями при обращении для освидетельствования в бюро МСЭ сталкивался практически каждый второй (43,4%).

Полностью были не удовлетворены разработанной программой реабилитации 15,3% респондентов, однако 58,8% — удовлетворены частично; причем статистически значимых различий в зависимости от группы инвалидности выявлено не было (p=0,136). Как правило, были не удовлетворены рекомендованными лекарственными средствами (в 75,0% случаев) или протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации (в 28,3% случаев). Статистически значимо чаще лица при 1 и 2 группах инвалидности были не удовлетворены рекомендованными изделиями медицинского

Таблица 3

Взаимосвязь группы инвалидности и причины неудовлетворенностью программой реабилитации, (абс., %)

Группа инвалидности	Не соответствие потребностям изделия медицинского назначения		р-уровень
	нет	да	
1 группа	78 (78,8)	21 (21,2)	<0,001
Другое	415 (93,3)	30 (6,7)	
2 группа	141 (85,4)	24 (14,6)	0,006
Другое	352 (92,9)	27 (7,1)	
3 группа	274 (97,9)	6 (2,1)	<0,001
Другое	219 (82,9)	45 (17,1)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

назначения, так как они не соответствовали их потребностям. Следует отметить, что при 1 группе инвалидности это был каждый пятый (табл. 3).

Решение бюро МСЭ обжаловали 8,1% респондентов (n=44). Статистически значимо чаще лица 1 группы инвалидности подавали на обжалование решения бюро МСЭ по сравнению со 2 и 3 группами (табл. 4).

Респонденты отмечали нуждаемость в следующих направлениях реабилитации: медицинская реабилитация в условиях стационара (56,6%), восстановительное лечение (массаж, ЛФК, механотерапия) (23,0%), посторонний бытовой уход (20,6%), необходимость адаптации жилья и различных архитектурно-планировочных приспособлениях (18,4%), технические средства для передвижения (15,6%), консультация по правовым вопросам (14,5%), психологическая коррекция и психотерапия (8,5%), обучение по самообслуживанию и социально-бытовой адаптации (4,8%), протезирование и ортезирование (1,3%), санаторно-курортное лечение (0,7%), потребность в технических средствах реабилитации (4,8%).

Обсуждение

Исследование показало, что почти каждый шестой респондент столкнулся с трудностями при установлении диагноза профессионального заболевания или признания травмы производственной. Также следует отметить и сложности при оформлении документов в медицинской организации для направления в бюро МСЭ: трудности с записью к специалистам для оформления направления на

Таблица 4

Взаимосвязь группы инвалидности и обжалованием решения бюро МСЭ, (абс., %)

Группа инвалидности	Обжалование решения бюро МСЭ		р-уровень
	да	нет	
1 группа	23 (23,2)	76 (76,8)	<0,001
Другое	21 (4,7)	424 (95,3)	
2 группа	6 (3,6)	159 (96,4)	0,012
Другое	38 (10,0)	341 (90,0)	
3 группа	15 (5,4)	265 (94,6)	0,016
Другое	29 (11,0)	235 (89,0)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

МСЭ, формальное заполнение заключения врачебной комиссии без учета фактических потребностей в необходимых объемах и формах реабилитации, ошибки при оформлении документов. При этом практически каждый второй имел трудности при обращении для освидетельствования в бюро МСЭ.

Изучение доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний выявило, что каждый шестой полностью не удовлетворен разработанной программой реабилитации, а более половины удовлетворены только частично.

Менее 10,0% обжаловали решение бюро МСЭ, где причинами явились: низкий процент утраты трудоспособности, назначение не соответствующей ситуации группы инвалидности, отказ в определении необходимого технического средства реабилитации, отказ в определении необходимого протезно-ортопедического изделия, отказ в определении специального транспорта, отказ в определении санаторно-курортного лечения, отказ в определении обучения, отказ в бессрочном сроке действия программы реабилитации, ненадлежащее оформление документации. Очень важным является учет потребностей инвалидов по направлениям реабилитации, все респонденты отметили необходимость в этом.

Заключение

Таким образом, в рамках проведения медико-социальной реабилитации необходимо учитывать потребности инвалидов вследствие производствен-

ных травм и профессиональных заболеваний. Избегать формального заполнения заключения врачебной комиссии без учета фактических потребностей в необходимых объемах и формах реабилитации. Кроме этого, важным аспектом является обеспечение четкого безошибочного оформления документов в медицинской организации для направления в бюро МСЭ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Воловец С. А. Концептуальные основы стандартизации в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в свете проекта «Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года». *Отечественный журнал социальной работы*. 2021;(4):118—22.
2. Владимировна О. Н., Шошмин А. В., Алиев А. К., Севастьянов М. А., Пузин С. Н., Ачкасов Е. Е. и др. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов. Примеры оценки региональной системы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;(6):1255—58.

REFERENCES

1. Volovets S. A. Conceptual foundations of standardization in the field of complex rehabilitation and habilitation of disabled people in the light of the project «Concepts of development in the Russian Federation of the system of complex rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, for the period up to 2025». *Domestic Journal of Social-Work. [Otechestvennyj zhurnal social'noj raboty]*. 2021;(4):118—22 (in Russian).
2. Vladimirova ON, Shoshmin AV, Aliev AK, Sevast'janov MA, Puzin SN, Achkasov EE, et al. Comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people. Examples of regional system assessment. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooohranenija i istorii mediciny]*. 2022;(6):1255—58 (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 14.06.2023; одобрена после рецензирования 30.06.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 14.06.2023; approved after reviewing 30.06.2023; accepted for publication 30.08.2023.